



مراسم گشایش اولین دوره MBA مدیریت بیمارستانی: تاریخ خبر: ۲۳/۱۱/۱۳۹۰

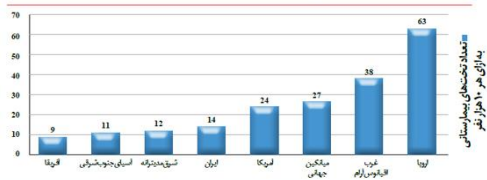
- اکنون بیش از ۸۵۰ بیمارستان در کشور از ۱۰ تختخوابی تا هزار و ۵۰۰ تختخوابی فعال است که بیشترین اعتبارات و بودجه های حوزه سلامت کشور را به خود اختصاص می دهند. (وزیر بهداشت)
- حدود ۷۰۰ بیمارستان با ۷۲ هزار تخت بیمارستانی متناسب با طرح سطح بندی در سطح کشور در حال طراحی و ساخت است. (دکتر لاریجانی)
- به طور متوسط هزینه ساخت یک تخت بیمارستانی ۱۲۰ میلیون تومان، هزینه تجهیز یک تخت بیمارستانی ۵۰ میلیون تومان است و هزینه گردش مالی یک تخت بیمارستانی روزانه ۲۰۰ هزار تومان است و در یک نگاه کلی ۱۴ هزار میلیارد تومان سرمایه تخت و تجهیزات در بخش سلامت است. (دکتر لاریجانی)
- ۴۰ تا ۵۰ درصد منابع صرف حوزه بیمارستانی می شود. (دکتر رواقی)

پیش بینی تعداد تخت مورد نیاز در ایران تا سال ۱۴۰۰

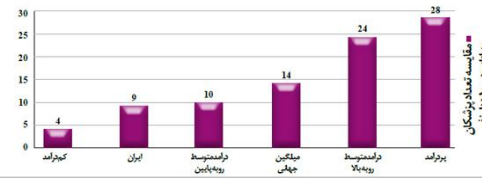
- آمارها نشان می دهد که در سال ۱۳۶۰ جمعیت ایران معادل ۳۸.۵ میلیون نفر بوده است و از سال ۱۳۶۰ به بعد نرخ رشد جمعیت در ایران کاهش داشته است.
- تعداد تخت های بیمارستانی در سال ۱۳۶۰ برابر با ۵۷ هزار و ۸۰۰ تخت بوده است، یعنی به ازای هر ۱۰ هزار نفر ۱۵ تخت وجود داشته است.

- جمعیت ایران در سال ۱۳۸۷ (۲۰۰۸ میلادی) معادل ۷۳ میلیون نفر بوده است. تعداد تخت های بیمارستانی در آن سال به ازای هر ۱۰ هزار نفر، ۱۴ تخت بوده است، یعنی در کل ۱۰۲ هزار تخت بیمارستانی در کشور وجود داشته است.
- طبق پیش بینی های صورت گرفته، جمعیت کشور تا سال ۱۴۰۰ هجری شمسی به ۹۰ میلیون نفر می رسد و اگر بخواهیم همچنان به ازای هر ۱۰ هزار نفر ۱۴ تخت بیمارستانی داشته باشیم، به ۱۲۶ هزار تخت بیمارستانی نیاز خواهیم داشت. بدین معنا که تا سال ۱۴۰۰ باید ۲۳ هزار و ۳۰۰ تخت دیگر تأمین کنیم.
- نکته: تا سال ۱۴۰۰ حداقل حدود ۴۳ هزار و ۳۱۲ تخت (۷۵ درصد تخت ها) به بازسازی و نوسازی نیاز دارند.

منطقه	تعداد تخت های بیمارستانی به ازای هر ۱۰ هزار نفر (۲۰۰۹ تا ۲۰۰۰)
قاره آفریقا	۹
آسیای جنوب شرقی	۱۱
شرق مدیترانه	۱۲
ایران	۱۴
قاره آمریکا	۲۴
غرب اقیانوس آرام	۲۸
قاره اروپا	۳۳
میانگین جهانی	۲۷



گروه بندی کشورها از نظر درآمد	تعداد تخت های بیمارستانی به ازای هر ۱۰ هزار نفر در سال های ۲۰۰۹ تا ۲۰۰۰	تعداد پزشکان به ازای هر ۱۰ هزار نفر در سال های ۲۰۰۹ تا ۲۰۰۰
ایران	۱۴	۹
کم درآمد	۱۵	۴
درآمد متوسط رو به پایین	۱۸	۱۰
میانگین جهانی	۲۷	۱۴
درآمد متوسط رو به بالا	۳۹	۲۳
پر درآمد	۵۸	۳۸



نظام ارایه خدمات سلامت:

شامل ارایه تمام خدمات **پیشگیری، درمانی و توانبخشی** مورد تایید وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی است که این خدمات در نظام سلامت در سه سطح ارایه می‌شود.

سطح بندی خدمات

(Regionalization (Stratification) of Health Services)

- **سطح یک: مراقبتهای بهداشتی** که شامل ارائه خدمات بهداشتی اولیه در خانه و جامعه می باشد.
- **سطح دو: مراقبتهای بهداشتی و درمانی** ارائه می شود. نخستین سطح ارجاع در نظام بهداشت و درمان است.
- **سطح سه: مراقبتهای بهداشتی و درمانی در سطح خدمات فوق تخصصی.**

ارجاع: مجموعه فرایندهایی که مسیر حرکت و ارتباط فرد رادر سطوح سه گانه خدمات این نظام تعیین می کند.

سطح بندی بیمارستانها در ایران

- **سطح یک: بیمارستان درمان بستر**
بیمارستانهای تحت عنوان مراکز درمان بستر، بسته به جمعیت منطقه و نیز سیاست منطقه ای، توان بستری بیماران برای حداکثر ۲۴ ساعت را دارا می باشند و توسط پزشکان متخصص شهرستان بصورت تکنیک روزانه و دوره ای پشتیبانی می شوند. مدیریت آنها به عهده پزشک عمومی است و در واقع سطح اول بیمارستانها را تشکیل می دهند. این مراکز از یک مرکز بهداشتی - درمانی، مرکز تسهیلات زایمان، آزمایشگاه، رادیولوژی، داروخانه و تکنیک تخصصی دوره ای تشکیل گردیده است.

- **سطح دو: بیمارستان شهرستان**

اولین سطح دسترسی افراد به خدمات بستری است، برای کلیه شهرستانهای کشور و با هر جمعیت منظور گردیده و مبنای تخصیص آن درجه مرکزیت شهرستان در تقسیمات کشوری است. دارای حداقل ۴ بخش تخصصی اصلی و در صورت احراز شرایط، حداقل تخت برای سایر بخشها نیز در نظر گرفته می شود. همچنین در این سطح در بخش داخلی، تختهای ویژه جهت بیماران قلبی در نظر گرفته شده است.

- **سطح چهار: بیمارستان منطقه ای**

دارای کلیه مشخصات یک بیمارستان عمومی و ناحیه ای بوده و علاوه بر آن از تخت های بخش هایی که در هیچ یک از نواحی زیر پوشش به حد نصاب نرسیده، تشکیل می شود. معمولاً این بیمارستانها در مراکز استان منظور می گردند.

- **سطح پنج: بیمارستانهای قطبی**

بیمارستانهای فوق تخصصی دانشگاهی در تعدادی از دانشگاههای بزرگ کشور از این نوع بوده که دارای خدمات فوق تخصصی و مسئول ارائه خدمات و پذیرش بیماران ارجاع شده از چند استان مجاور هستند.

- **سطح سه: بیمارستان ناحیه ای**

این نوع بیمارستان در مرکز هر بلوک ناحیه ای احداث شده و علاوه بر این که خود دارای چهار تخصص اصلی و یک بیمارستان عمومی است، از مجموع کلیه بیمارستانهای شهرستانهای حوزه آن ناحیه که تعداد تخت هر کدام به تنهایی به حد نصاب ایجاد بخش مستقل نرسیده است، تشکیل شده اند. همچنین شهرستانهایی که علاوه بر چهار تخت اصلی دارای ظرفیت تخت برای دو تخصص دیگر از جمله نوزادان و اورژانس هستند، جز این دسته قرار می گیرند.

سطح شش: بیمارستان کشوری
از مراکز فوق تخصصی ویژه کشور بوده که ارائه کننده خدمات منحصر به فرد و نادر فوق تخصصی است.
این گونه از بیمارستانها معمولاً در مرکز کشور قرار گرفته اند.

سطوح	رده شهری	تعداد تخت خواب
سطح ۱	بیمارستان درمان بستر	-
سطح ۲	بیمارستان شهرستانی	کمتر از ۹۶ تخت خواب
سطح ۳	بیمارستان ناحیه ای	۹۶ - ۳۰۰ تخت خواب
سطح ۴	بیمارستان منطقه ای	۳۰۰ - ۶۰۰ تخت خواب
سطح ۵	بیمارستان قطبی	۶۰۰ - ۸۰۰ تخت خواب
سطح ۶	بیمارستان کشوری	۸۰۰ - ۱۰۰۰ تخت خواب

معیارهای تخصیص تخت بیمارستانی که در سطح بندی کشور مد نظر قرار گرفته است:

۱. تقسیمات کشوری
۲. جمعیت، رشد جمعیت و حرکات جمعیتی
۳. موقعیت جغرافیایی
۴. فاصله تا اولین سطح ارائه خدمات بستری
۵. شیوع بیماریها
۶. متوسط ایام بستری
۷. میزان فوریت و پیچیدگی ارائه خدمات
۸. فرهنگ، مذهب و زبان
۹. بیمار دهی جامعه
۱۰. امکانات موجود
۱۱. مراکز آموزش پزشکی
۱۲. درآمد سرانه

در برنامه ریزی و طراحی بیمارستان معیارهای فوق در دو مورد استفاده می گردد:

۱. برای محاسبه میزان تخت و منابع مورد نیاز

۱. مکان سنجی برای مراکز (شهرستانها، ناحیه، منطقه و یا قطب)

۱- محاسبه میزان تخت و منابع مورد نیاز

- ظرفیت بیمارستان
- ظرفیت بیمارستان بر اساس حوزه تحت پوشش منطقه و جمعیت این حوزه تعیین خواهد گردید. حوزه تحت پوشش هر بیمارستان که بر اساس سیاست های کلان تعیین خواهد گردید. که البته این میزان معمولاً دایره ای به شعاع حداکثر ۶۰ کیلومتر خواهد بود.

- شاخص تخت $\times \frac{\text{تعداد کل جمعیت تحت پوشش}}{۱۰۰۰} = \text{ظرفیت بیمارستان (تخت)}$
- طبق یک تجربه کلی که به صورت قاعده درآمده است، بهتر است ظرفیت بیمارستان به علاوه ی سه برابر ریشه دوم آن گردد.

$$N = n + 3\sqrt{n}$$

نحوه محاسبه شاخص تخت

- شاخص تخت
- یکی از روشهای تعیین شاخص تخت شاخصی است که توسط پاپف به کار رفته است. این روش بر حسب (درجه ابتلا به بیماری) یا به عبارت دیگر بیماری جامعه مورد نظر و به قرار زیر می باشد:

$$k = \frac{a \times r \times p(n - 3\sqrt{n})}{n \times 365 \times 100}$$

- که در آن، k تعداد متوسط تخت های بیمارستانی به ازای هر هزار نفر جمعیت، a درجه ابتلا به بیماری، r درصد افراد بستری شده از تعداد a، p متوسط طول اقامت بیماران در بیمارستان و n تعداد متوسط تخت های بیمارستانی فعال موجود در منطقه مورد مطالعه در یک سال می باشند.

روش دوم محاسبه شاخص تخت

- روش مشابه دیگری که بیشتر مورد استفاده قرار می گیرد، بدست آوردن شاخص تخت با استفاده از متوسط طول اقامت، تعداد افراد بیماری که نیاز به بستری دارند به ازای هر ۱۰۰۰ نفر و ضریب اشغال تخت به قرار زیر می باشد:

$$\text{ظرفیت طول اقامت} \times \text{تعداد افراد بیماری که نیاز به بستری دارند} = \text{شاخص تخت}$$

$$\text{ضریب اشغال تخت} \times 365$$

- شاخص تعداد تخت با توجه به درجه توسعه یافتگی یا رشد اقتصادی و اجتماعی هر کشور متغیر خواهد بود اما طبق یک قاعده کلی شاخص تخت را ۳ در نظر می گیرند.

۲- مکان سنجی برای مراکز (شهرستانها، ناحیه، منطقه و یا قطب)

- معیارهایی همانند تقسیمات کشوری، امکانات موجود، جمعیت و موقعیت جغرافیایی (راه و ارتباطات) از جمله عوامل تعیین کننده در مکان سنجی مراکز هستند.
- GIS
- Set covering problems

مفهوم عدالت در سلامت

- در این جلسه، خواهیم کوشید تا از راه تعریف دو مفهوم محوری، عدالت را در حوزه سلامت تعریف کنیم:
- ۱. عدالت در ارائه مراقبت سلامتی
- ۲. عدالت در تأمین مالی مراقبت سلامت

عدالت در ارائه مراقبت سلامت

- عدالت افقی
- اگر تمام کسانی که نیاز برابر به مراقبت های بهداشتی/ درمانی دارند، بطور برابر انواع یکسانی از مراقبت های بهداشتی/ درمانی به دست آورند، نظام تحویل خدمات بهداشتی- درمانی بطور افقی عادلانه است.

“درمان برابر برای افراد برابر”

عدالت در ارائه مراقبت سلامت

- عدالت عمودی
- “اگر کسانی که نیاز بیشتری دارند به مراقبت های بهداشتی- درمانی دارند، مراقبت های بیشتری دریافت کنند از کسانی که نیاز کمتری دارند، نظام تحویل خدمات بهداشتی- درمانی بطور عمودی عادلانه است.”

“مراقبت های بیشتر برای افراد با نیاز بیشتر”

عدالت در تأمین مالی مراقبت سلامت

- عدالت افقی
- عدالت افقی در تأمین هنگامی اتفاق می افتد که افراد با توانایی برابر در پرداخت، پول برابر برای مراقبت های بهداشتی/ درمانی پرداخت کنند.

“پرداخت برابر توسط افراد برابر”

عدالت در تأمین مالی مراقبت سلامت

- عدالت عمودی
- یک نظام سلامت هنگامی عدالت عمودی دارد که پرداخت و توان پرداخت نسبت مستقیم یا هم داشته باشند (صعودی).

“توانایی بیشتر در پرداخت — پرداخت بیشتر”
“توانایی کمتر در پرداخت — پرداخت کمتر”

Ethical Basis of Health Policies

- Judging health sector performance requires ethical analysis.
- Three major ethical perspectives as a basis for making such judgments:
 - *Utilitarianism*
 - *Liberalism*
 - *Communitarianism*

در کشورهایی که دارای منابع محدود هستند باید بیمارستانها با توجه به اهداف زیر احداث شوند تا بهترین بازده ممکن را داشته باشند:

۱. پوشش حد مطلوب نیازهای مراقبت بستری جمعیت به ویژه گروههای در معرض خطر
۲. قرار گرفتن در بهترین موقعیت جغرافیایی به لحاظ دسترسی
۳. اجتناب از ارائه خدمات موازی و مشابه توسط سایر مراکز درمانی
۴. مشارکت در آموزش نیروز انسانی
۵. مشارکت در تحقیقات علوم پزشکی
۶. پشتیبانی از سیستم ارجاع خدمات بهداشتی و درمانی
۷. پشتیبانی از خدمات بهداشتی و درمانی جامعه

نیاز سنجی برای خدمات بیمارستانی باید در ذهن تصمیم گیرندگان با یافتن پاسخ برای پرسشهای زیر شکل بگیرد:

۱. اولویت بهداشتی و درمانی مردم چیست؟
۲. چه تعداد بیمارستان در حال حاضر در محدوده جغرافیایی مشغول به کار هستند؟
۳. آیا بیمارستانها بطور موثر جمعیت هدف را پوشش می دهند؟
۴. نرخ اشغال تخت چقدر است؟ اگر پایین است چرا؟
۵. آیا کارکرد بیمارستانهای فعلی اقتصادی است؟

۵. آیا بیمارستانهای موجود قابلیت توسعه دارند؟ آیا در راستای اهداف سیستم بهداشتی و درمانی کشور فعالیت می کنند؟ به ویژه در خدمت سیستم ارجاع و مراقبتهای اولیه هستند؟
۶. چگونه می توان خدمات بیمارستان های موجود را بهینه کرد؟
۷. چه جمعیت جغرافیایی تحت پوشش مراقبتهای بیمارستانی قرار دارند؟ آیا بیمارستانها قابلیت مناسب دارند؟
۸. آیا خدمات سرپایی بطور موثر عمل می کنند تا از بار خدمات بستری کاسته شود؟

- When you apologize it doesn't mean that you were WRONG and she/he was RIGHT, it means your relationship matters more than your pride.

عذر خواهی همیشه بدان معنا نیست که تو اشتباه کرده ای و حق با آن دیگری است
گاهی عذر خواهی بدان معناست که آن رابطه بیش از غرورت برایت ارزش دارد